

MGR FILIP PAŃCZYK

UNIwersytet Warszawski

ORCID: 0000-0003-4622-0685

Dostęp do informacji o stanie zdrowia pacjenta pozostającego w związku jedнопłciowym

DOI: 10.70537/PPM/210285

Streszczenie

Dostęp do informacji o stanie zdrowia stanowi jedno z najważniejszych praw pacjenta, respektujące jego godność oraz autonomię w podejmowaniu decyzji o leczeniu. Równocześnie uzyskanie informacji o stanie zdrowia pacjenta jest niezwykle ważne dla jego bliskich. Gdy jest przytomny, może swobodnie upoważniać do odbioru informacji medycznych inne osoby. Sytuacja komplikuje się jednak, gdy pacjent jest nieprzytomny bądź niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji. W takim przypadku zastosowanie znajduje przepis upoważniający do uzyskania informacji osobę bliską pacjenta. Nierzadko zdarza się, że wskutek niewłaściwego rozumienia tego pojęcia odmawia się udzielenia informacji partnerowi lub partnerce pacjenta tej samej płci. W ramach artykułu poddano analizie przepisy dotyczące możliwości uzyskania informacji o stanie zdrowia pacjenta. Refleksji poddano również zakres podmiotowy pojęcia „osoba bliska”, wykazując, iż różnica płci jest irrelevantna dla możliwości udzielenia informacji. Oceniając krytycznie niedostatki w obecnie obowiązujących regulacjach, sformułowano postulaty *de lege ferenda*.

Słowa kluczowe: prawo do informacji o stanie zdrowia, prawa pacjenta, osoba bliska, pacjenci LGBT+

1. Wprowadzenie

Raport Stowarzyszenia Miłość Nie Wyklucza, dotyczący społeczności LGBTQIA w Polsce wskazuje, że dostęp do informacji o stanie zdrowia partnera bądź partnerki stanowi najbardziej pożądane przez osoby nieheteronormatywne prawo spośród wszystkich uprawnień przysługujących w Polsce małżonkom. Z przeprowadzonych badań wynika, że stanowi to priorytet aż dla 70% respondentów. Kolejne 29% ankietowanych uznało to za kwestię bardzo ważną bądź ważną¹. Osoby należące do mniejszości seksualnych borykają się w codziennym życiu z szeregiem problemów, a jednym z najpoważniejszych z nich jest właśnie możliwość uzyskania informacji o stanie zdrowia partnera bądź partnerki tej samej płci. Gdy zapytano pary jednopłciowe o trudności, z którymi dotychczas się zetknęły, najwięcej respondentów (aż 38% par) wskazało na kontakt z personelem medycznym, w tym – trudności w dostępie do informacji o stanie zdrowia pacjenta². Dlatego też warto rozważyć, jak kształtuje się sytuacja pacjentów LGBT+ oraz ich partnerów w kontekście dostępu do informacji medycznej.

Prowadzone w niniejszym artykule rozważania obejmują przede wszystkim analizę przepisów dotyczących możliwości uzyskania informacji o stanie zdrowia pacjenta oraz refleksję nad zakresem podmiotowym pojęcia „osoba bliska”. Autor stoi na stanowisku, iż partner tej samej płci może zostać uznany za osobę bliską w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta³, a tym samym uzyskać informacje o stanie zdrowia pacjenta, gdy ten jest nieprzytomny bądź niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji. Przyjęcie założenia, iż obowiązujące obecnie regulacje nie odpowiadają szczególnym potrzebom osób należących do społeczności LGBT+, prowadzi do sformułowania postulatów *de lege ferenda*, wskazujących przede wszystkim na konieczność

¹ Zob. A. Mulak, *Społeczność LGBTQIA w Polsce. Raport z badań*, Warszawa 2015, s. 22.

² Zob. J. Mizieleńska, M. Abramowicz, A. Stasińska, *Rodziny z wyboru w Polsce. Życie rodzinne osób nieheteronormatywnych*, Warszawa 2014, s. 79.

³ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 581); dalej jako: u.p.p.

ujednoczenia procedury weryfikacji osób podających się za osoby bliskie pacjenta.

2. Szczególna sytuacja pacjentów LGBT+

Nielatwo oszacować, jak wielu osób dotyczy problematyka niniejszego artykułu. Wskazuje się, że około 7% światowej populacji stanowią osoby homoseksualne, przy czym częściej są to mężczyźni (10%), niż kobiety (4%)⁴. W odniesieniu do Polski szacuje się, że mieszka w niej ponad dwa miliony osób nieheteroseksualnych⁵. Należy jednak pamiętać, że „[u]krywanie swojej orientacji seksualnej jest główną przyczyną tzw. *ciemnej liczby*, czyli niemożności precyzyjnego określenia, jaki jest faktycznie udział osób nieheteronormatywnych w populacji”⁶. Przedstawione szacunki można więc, z dużą dozą prawdopodobieństwa, uznać za zaniżone.

Z przeprowadzonych badań wynika, iż nierzadko osoby nieheteronormatywne ukrywają swoją orientację seksualną przed lekarzami i personelem medycznym⁷, obawiając się „dyskryminacji, wyśmiania, osądu, krytyki czy bagatelizowania problemów, z którymi się zgłosiły”⁸, a także ujawnienia ich orientacji⁹. Badając sytuację społeczną osób LGBT+ w Polsce, Kampania Przeciw Homofobii i Stowarzyszenie Lambda Warszawa wykazały, że swoją orientację ukrywa od 65,9% (homoseksualni mężczyźni) aż do 91% (osoby aseksualne) nieheteroseksualnych pacjentów¹⁰. Trafny jest przy tym wniosek, iż „w ostatnich latach lęk osób LGBT+ ulegać mógł istotnemu nasileniu w związku z trwającą ofensywą ideologiczną ze

⁴ Zob. *Zdrowie LGBT. Przewodnik dla kadry medycznej*, red. R. Kowalczyk, M. Rodzinka, M. Krzystanek, Warszawa 2016, s. 7.

⁵ Zob. J. Mizielińska, M. Abramowicz, A. Stasińska, *op.cit.*, s. 15.

⁶ *Zdrowie LGBT. Przewodnik...*, s. 8.

⁷ Zob. ibidem, s. 16-17. Tak też R. Poniat, M. Skowrońska, *Dyskryminacja i odmienne/gorsze traktowanie osób LGBT+*, [w:] *Sytuacja społeczna osób LGBT+ w Polsce. Raport za lata 2019-2020*, red. M. Winiewski, M. Świder, Warszawa 2021, s. 102.

⁸ *Zdrowie LGBT. Przewodnik...*, s. 11-12. Zob. też *Równe traktowanie pacjentów – osoby nieheteroseksualne w opiece zdrowotnej*, raport z serii Zasada równego traktowania. Prawo i praktyka nr 14, Biuletyn Rzecznika Praw Obywatelskich nr 7/2014, Warszawa 2014, s. 26.

⁹ Zob. *Zdrowie LGBT. Przewodnik...*, s. 52 oraz *Równe traktowanie...*, s. 26-27.

¹⁰ Zob. R. Poniat, M. Skowrońska, *op.cit.*, s. 108.

strony części polskich polityków i przedstawicieli Kościoła katolickiego. Poświęcili oni wiele czasu i energii na mówienie o »tęczowej zarazie«, »genderyzmie« albo »ideologii LGBT«. Tego rodzaju język i działania mają, jak wiadomo, swoje reperkusje społeczne¹¹. Wskazuje się nawet, że nieheteroseksualni pacjenci mogą czuć się wykluczeni z systemu ochrony zdrowia¹². To z kolei w znacznym stopniu może wpływać na ich decyzję o unikaniu kontaktów z lekarzami, uniemożliwiając w istocie uzyskanie odpowiedniej opieki zdrowotnej¹³. Dotychczasowe raporty organizacji działających na rzecz osób LGBT+ wielokrotnie przywoływały zasługujące na krytykę traktowanie, jakiego doświadczają pacjenci pozostający w związku z osobą tej samej płci¹⁴.

3. Prawo pacjenta do informacji o stanie zdrowia – zarys ujęcia systemowego

Ze względu na przedmiot niniejszego opracowania szczególny nacisk należy położyć na art. 9 u.p.p. oraz ściśle związany z nim art. 31 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry¹⁵. Artykuł 9 ust. 1 u.p.p. gwarantuje

¹¹ Ibidem, s. 101. Więcej o tzw. strefach wolnych od ideologii LGBT – zob. F. Pańczyk, *Strefy wolne od ideologii LGBT a konstytucyjne prawa i wolności jednostki* [w:] *Konstytucyjne wolności i prawa człowieka*, red. A. Fortuna, Warszawa 2021, s. 79-114. Według rankingu ILGA Europe – najważniejszego międzynarodowego rankingu mierzącego poziom równouprawnienia osób LGBT+ – Polska zajęła 39 miejsce wśród 49 państw europejskich. Wśród państw Unii Europejskiej zajęła przedostatnie miejsce (zob. ILGA Europe, *2025 Rainbow Map*, <https://rainbowmap.ilga-europe.org>, [dostęp: 18.05.2025 r.]).

¹² Zob. *Zdrowie LGBT. Przewodnik...*, s. 11.

¹³ Zob. *Równe traktowanie...*, s. 20.

¹⁴ Zob. J. Mizielińska, M. Abramowicz, A. Stasińska, *op.cit.*, s. 81; *Zdrowie LGBT. Przewodnik...*, s. 51-54; A. Mazurczak, *Dyskryminacja ze względu na orientację seksualną w obszarze opieki zdrowotnej w badaniach Rzecznika Praw Obywatelskich* [w:] *Raport z seminarium Zjawisko dyskryminacji pacjentów LGBT*, red. M. Rodzinka, Warszawa 2014, s. 13-14; *Promowanie włączającej i kompetentnej opieki zdrowotnej dla osób LGBTI*, red. H. Pajęczkowski, Warszawa 2020, s. 22 i 24; K. Więckiewicz, P. Godzisz, *Health* [w:] *LGBTI rights in Poland*, red. P. Godzisz, P. Knut, Warszawa 2018, s. 115-116; R. Poniat, M. Skowrońska, *op.cit.*, s. 109-110; *Równe traktowanie...*, s. 20-23 i 29-30.

¹⁵ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 1287 ze zm.), dalej jako: u.z.l. W doktrynie wskazuje się, iż pomiędzy wskazanymi przepisami istnieje relacja tego rodzaju, że prawo pacjenta „jest bezpośrednim korelatem obowiązku spoczywającego na lekarzu” (D. Karkowska, B. Kmiciać, *art. 9* [w:] *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, red. D. Karkowska, Warszawa 2021, s. 448. Tak też R. Tymiński, *Informacja lekarska w praktyce*, Kraków 2012, s. 86).

pacjentowi prawo do informacji o swoim stanie zdrowia, które ma „wartość samoistną, gdyż normatywnie zagwarantowana możliwość uzyskania informacji o swojej sytuacji zdrowotnej jest przejawem honorowania godności człowieka”, a równocześnie stanowi instrument umożliwiający korzystanie z innych praw, „realizujących postulaty autonomicznej pozycji pacjenta w stosunkach z osobami wykonującymi zawody medyczne”¹⁶. Ust. 2 omawianego przepisu precyzuje, iż pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego przedstawiciel ustawowy, mają prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, w zakresie udzielanych przez tę osobę świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanymi przez nią uprawnieniami. Odpowiednik tego przepisu w zakresie obowiązków lekarza stanowi art. 31 ust. 1 u.z.l. Informacje te, jak *expressis verbis* wskazuje przepis, mają być przystępne, a więc ich forma i treść muszą być dostosowane do stanu pacjenta i jego indywidualnych cech¹⁷. Wreszcie, ust. 3 art. 9 u.p.p. przewiduje prawo pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego do wyrażenia zgody na udzielenie informacji wymienionych w ust. 2 art. 9 u.p.p. innym osobom¹⁸.

Choć artykuł odnosi się do najczęściej występującej w praktyce sytuacji, w której pacjent jest osobą pełnoletnią, a tym samym możliwość wyrażenia przez niego zgody, o której mowa w art. 9 ust. 3 u.p.p., nie budzi wątpliwości, w praktyce może wystąpić wiele znacznie bardziej złożonych stanów faktycznych. Ich kompleksowa analiza przekraczałaby ramy niniejszego opracowania, tym niemniej, aby szerzej przedstawić złożoność

¹⁶ B. Janiszewska, art. 9 [w:] *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, red. L. Bosek, Warszawa 2020, s. 208. Por. V. Vachev, art. 16 [w:] *Kodeks Etyki Lekarskiej. Komentarz*, red. O. Nawrot, Warszawa 2021, s. 232 oraz Ł. Caban, art. 31 [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, red. M. Kopeć, Warszawa 2016, s. 666.

¹⁷ Zob. M. Malczewska, art. 31 [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, red. E. Zielińska, Warszawa 2022, s. 799-800.

¹⁸ Takie oświadczenie zamieszcza się w indywidualnej dokumentacji pacjenta, co *explicite* wynika z § 8 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 798).

omawianej problematyki, można zwrócić uwagę na niejednoznaczną sytuację pacjenta małoletniego, który ukończył 16 lat. Jest to szczególnie ważne w przypadku osób nieheteronormatywnych, gdyż rodzice nieakceptujący orientacji seksualnej swojego dziecka mogą starać się utrudniać, a nawet całkowicie zablokować dostęp do informacji jego partnera bądź partnerki tej samej płci. Należy więc rozważyć pokrótce, czy pacjent taki może skutecznie wyrazić zgodę na udzielenie informacji, o której mowa w art. 9 ust. 2 u.p.p.

W doktrynie prezentowane są w tym zakresie zróżnicowane stanowiska. Według D. Karkowskiej i B. Kmieciaka „należy uznać, że dziecko nie posiada samodzielnych kompetencji pozwalających mu na wskazanie, komu ekspert medyczny może przekazać informacje. W działaniu tym może współuczestniczyć z rodzicami lub opiekunami prawnymi po osiągnięciu 16. roku życia”¹⁹. Zdaniem L. Boska „w braku przepisów określających w szczególności sposób kwalifikacje personalne do samodzielnego wykonywania praw pacjenta innych niż prawo do wyrażenia zgody na świadczenie zdrowotne oraz uzyskania informacji koniecznej do skutecznego wyrażenia zgody należy stosować wprost przepisy prawa cywilnego o zdolności do czynności prawnych”²⁰. Przenosząc powyższy pogląd na problematykę niniejszego artykułu, należałoby przyjąć, że pacjenci, którzy nie ukończyli 13 lat, nie mają możliwości samodzielnego wykonywania praw pacjenta i decyzję o wyrażeniu zgody na udzielenie informacji o ich stanie zdrowia podejmują wyłącznie rodzice. Małoletni po ukończeniu 13. roku życia, korzystając ze swojej ograniczonej zdolności do czynności prawnych, mogliby podjąć wskazaną powyżej decyzję, przy czym dla jej skuteczności konieczne byłoby jej zatwierdzenie przez przedstawicieli ustawowych²¹.

¹⁹ D. Karkowska, B. Kmieciak, *op.cit.*, s. 459.

²⁰ L. Bosek, *Zagadnienia ogólne praw pacjenta* [w:] *System Prawa Medycznego. Tom 1. Instytucje Prawa Medycznego*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2018, s. 717-718. J. Haberko wskazuje natomiast na odpowiednie stosowanie tych przepisów przy ocenianiu, czy dziecko dysponuje odpowiednim rozeznaniem podczas podejmowania decyzji (zob. J. Haberko, *Udzielanie informacji o stanie zdrowia dziecka a poszanowanie prawa do samostanowienia i prywatności małoletniego pacjenta*, „Białostockie Studia Prawnicze” 2020, nr 2, s. 131).

²¹ L. Bosek, *Zagadnienia...*, s. 720-721.

Odmienne stanowisko prezentuje J. Haberko, która wskazuje, iż ustawodawca respektuje „autonomię informacyjną pacjenta, który ukończył 16. rok życia, przyjmując, że o ile ukończył on ten wiek, należy w zakresie realizacji obowiązku informacyjnego traktować go tak jak pacjenta pełnoletniego”²², co przemawia za możliwością podejmowania przez niego samodzielnej decyzji dotyczącej wyrażenia zgody na udzielenie informacji o jego stanie zdrowia. Zwracając uwagę, iż ustawodawca posłużył się alternatywą zwykłą w postaci spójnika „lub” w art. 9 ust. 3 u.p.p. i art. 31 ust. 2 u.z.l., można argumentować, iż wystarczająca jest zgoda jednego z podmiotów uprawnionych do jej wyrażenia²³. Z braku dookreślenia we wskazanych przepisach wieku pacjenta, należy zdaniem Autorki uznać, iż kompetencja ta przysługuje każdemu pacjentowi²⁴, a więc także temu, który nie ukończył jeszcze 16. roku życia. Wniosek ten stanowi przykład rozumowania opartego o paremię *lege non distinguente nec nostrum est distinguere*, należy jednak pamiętać, iż reguła ta nie ma charakteru konkluzywnego i dopuszczalne są odstępstwa od niej²⁵.

Jako najbardziej przekonujący należy oceniać pogląd wyrażany przez B. Janiszewską, zdaniem której „[m]ożliwość wyrażenia zgody na udzielenie informacji innym osobom jest niejako »pochodną« prawa do uzyskania informacji medycznych, przysługującego pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu [...]». Każdy ze wskazanych podmiotów może sam zdecydować, w odniesieniu do której osoby trzeciej zgadza się na udzielenie informacji”²⁶. Cytowana Autorka zawęży równocześnie możliwość wyrażenia zgody na udzielenie informacji innym osobom wyłącznie do pacjenta uprawnionego do ich uzyskania, a więc małoletniego, który ukończył 16 lat²⁷. Rozwiązanie takie wydaje się słuszne,

²² J. Haberko, *Prawnomedyczne relacje rodzice-dziecko-pacjent* [w:] *Dziecko – rodzice – państwo w kontekście świadczeń zdrowotnych, edukacyjnych i przemocy domowej*, red. M. Łączkowska-Porawska, Warszawa 2020, s. 23.

²³ J. Haberko, *Udzielanie...*, s. 130. Zob. J. Petzel, *Rachunek zdań* [w:] *Logika dla prawników*, red. S. Lewandowski, Warszawa 2022, s. 79.

²⁴ Zob. J. Haberko, *Udzielanie...*, s. 131.

²⁵ Zob. L. Morawski, *Zasady wykładni prawa*, Toruń 2006, s. 108.

²⁶ B. Janiszewska, *Obowiązki informacyjne lekarza* [w:] *System Prawa Medycznego. Tom 1. Instytucje Prawa Medycznego*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2018, s. 993.

²⁷ Ibidem, s. 1005.

zachowuje bowiem pewien balans pomiędzy autonomią dorastającego dziecka a obowiązkami rodziców wynikającymi ze sprawowania przez nich władzy rodzicielskiej²⁸. Przyjęcie, iż pacjent małoletni po ukończeniu 16. roku życia może podjąć decyzję o wyrażeniu zgody na udzielenie informacji o swoim stanie zdrowia, nie doprowadzi równocześnie do marginalizacji rodziców i ich możliwości wpływania na dziecko. Należy bowiem pamiętać iż, zgodnie z art. 95 § 2 k.r.o., w sprawach, w których dziecko może samodzielnie podejmować decyzje i składać oświadczenia woli, powinno wysłuchać opinii i zaleceń rodziców formułowanych dla jego dobra.

W doktrynie nie wzbudza wątpliwości, że osobą upoważnioną przez pacjenta nie musi być osoba bliska w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 u.p.p.²⁹ Jak zasadnie zauważono w raporcie Rzecznika Praw Obywatelskich (RPO), to pacjent podejmuje decyzję w kwestii wyboru osoby upoważnionej, nie mając przy tym obowiązku informowania kogokolwiek o charakterze związku, jaki łączy go z tą osobą³⁰. Decyzję pacjenta w tym zakresie należy poczytywać jako wiążącą dla lekarza³¹, uniemożliwiającą mu kontrolę wyboru dokonanego przez pacjenta³². Problematiczną kwestią może być sposób udzielenia takiego upoważnienia. Ustęp 3 art. 9 u.p.p. nie wskazuje żadnych wymogów formalnych, w związku z czym może ono zostać udzielone przez pacjenta zarówno ustnie, jak i pisemnie³³. Sugeruje się jednak, by pozostać przy formie pisemnej, co z jednej strony zwiększa

²⁸ Zob. art. 92 i nast. ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 2809 ze zm.), dalej jako: k.r.o.

²⁹ Zob. M. Świdarska, *Tajemnica medyczna za życia i po śmierci pacjenta oraz pozycja prawna osób bliskich przy jej ujawnianiu* [w:] *Prawo rodzinne*, red. D. Wetoszka, Warszawa 2022, s. 62-63.

³⁰ Zob. *Równe traktowanie...*, s. 50.

³¹ Zob. Z. Wierzchoń, *Wykonuję zawód lekarz, lekarz dentysta. Komentarz do ustawy. Kodeks Etyki Lekarskiej*, Brzeźnia Łąka 2017, s. 470 oraz A. Dudzińska, *Wymagana informacja udzielana pacjentowi*, „Państwo i Prawo” 2008, nr 8, s. 100.

³² Por. B. Janiszewska, *art. 9...*, s. 231-232 oraz M. Drapalska-Grochowicz, *O tym, jak ustawodawca ujmuje bliskie relacje w polskim prawie medycznym*, „Przegląd Prawa Medycznego” 2020, nr 3, s. 85.

³³ Zob. A. Wołoszyn-Cichocka, *Ochrona praw pacjenta. Studium publicznoprawne*, Lublin 2017, s. 253. Zdaniem L. Boska „[w]ydaje się, że trzeba przyjmować, iż wola pacjenta zgodnie z ogólnymi zasadami prawa cywilnego może być wyrażona w każdy sposób (art. 60 KC)” (L. Bosek, *art. 3* [w:] *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, red. L. Bosek, Warszawa 2020, s. 32).

pewność, że informacja zostanie udzielona³⁴, a z drugiej – zwalnia lekarza od ewentualnej odpowiedzialności za naruszenie tajemnicy zawodowej³⁵. Zaleca się również, by zgoda precyzowała zakres informacji, które mają zostać ujawnione przez lekarza osobie upoważnionej³⁶. Szczególnie kontrowersyjna wydaje się możliwość działania *per facta concludentia*, a pogląd o możliwości udzielenia upoważnienia w sposób dorozumiany znajduje zarówno swoich zwolenników³⁷, jak i przeciwników³⁸. Na aprobatę zasługuje pogląd M. Safjana, zgodnie z którym kwestia wyrażania zgody na informowanie osób bliskich „nie może być rozpatrywana wyłącznie w kategoriach formalnego obowiązywania tajemnicy lekarskiej, ponieważ wkraczamy tu w sferę subtelnych i skomplikowanych relacji związanych z opieką nad człowiekiem chorym”³⁹. Każda sytuacja powinna być tym samym oceniana w świetle całokształtu składających się na nią okoliczności.

Przedstawionej regulacji odpowiada art. 31 ust. 2 u.z.l., zgodnie z którym lekarz może udzielić informacji, o której mowa w ust. 1, innym osobom za zgodą pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego. Posłużenie się przez ustawodawcę czasownikiem „móc” wskazuje, że przepis przyznaje lekarzowi prawo, z którego może on jednak nie skorzystać. Jednoznacznie powinność lekarza w takiej sytuacji określa natomiast Kodeks

³⁴ Zob. *Zdrowie LGBT. Przewodnik...*, s. 54. Mimo to wskazuje się przypadki braku respektowania takiego upoważnienia w przypadku par jednopłciowych – zob. *Równe traktowanie...*, s. 33-34.

³⁵ Zob. R. Tymiński, *op.cit.*, s. 71.

³⁶ Zob. *ibidem*, s. 71.

³⁷ T. Dukiet-Nagórska, *Autonomia pacjenta a polskie prawo karne*, Warszawa 2008, s. 48; K. Góralczyk, *Prawo innych osób do informacji o stanie zdrowia oraz decydowania o badaniu pacjenta w ustawodawstwie polskim* [w:] *Prawa pacjenta*, red. U. Drozdowska, A. Wnukiewicz-Kozłowska, Warszawa 2016, s. 106; M. Safjan, *Prawo i medycyna. Ochrona praw jednostki a dylematy współczesnej medycyny*, Warszawa 1998, s. 129; M. Drapalska-Grochowicz, *op.cit.*, s. 101.

³⁸ K. Bączyk-Rozwadowska, *Prawo pacjenta do informacji według przepisów polskiego prawa medycznego*, „Studia Iuridica Toruniensia” 2011, t. IX, s. 70; E. Bachera, B. Smółka, *Prawo do udostępnienia dokumentacji medycznej oraz informacji o stanie zdrowia osobom żyjącym w związku nieformalnym – potrzeba uregulowań prawnych?* [w:] *Prawa pacjenta*, red. U. Drozdowska, A. Wnukiewicz-Kozłowska, Warszawa 2016, s. 121; M. Boratyńska, *Autonomia pacjenta a granice upoważnienia osoby bliskiej i zaufanej*, „Prawo i Medycyna” 2014, nr 1, s. 64-65.

³⁹ M. Safjan, *op.cit.*, s. 129.

Etyki Lekarskiej⁴⁰, który w swoim art. 17 ust. 3 nakłada na lekarza obowiązek udzielenia informacji.

Zasadnie wskazuje V. Vachev, iż „[p]rawo do informacji o własnym stanie zdrowia jako wyłączne prawo pacjenta wymaga, by informowanie innych osób odbywało się jedynie za wiedzą i zgodą pacjenta zawsze, gdy jest to możliwe”⁴¹. W przypadku braku takiej możliwości uzasadnione będzie zastosowanie art. 31 ust. 6 u.z.l., zgodnie z którym, gdy pacjent jest nieprzytomny bądź niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji, lekarz udziela informacji osobie bliskiej w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 u.p.p. Gwarancje zawarte w przywoływanym przepisie określa się w doktrynie jako „substytucyjne prawo do informacji”, powstające po stronie osób innych niż pacjent. M. Boratyńska zwraca uwagę, iż pełni ono dwojaką funkcję. Z jednej strony zapewnia ono, że informacja zostanie udzielona, choć pacjent nie może sam jej przyjąć, z drugiej – umożliwia zaspokojenie własnego interesu osoby innej niż pacjent, poczucia „troski i niepokoju o stan zdrowia bliskiej osoby, gdy ta nie może w żaden sposób o siebie zadbać”⁴². W przeciwieństwie do ust. 2 art. 31 u.z.l., przepis ten nie formułuje jedynie upoważnienia, lecz nakłada na lekarza obowiązek udzielenia informacji⁴³. Wskazuje się, że „[n]ieprzytomność należy rozumieć w sposób odpowiadający wskazaniom wiedzy medycznej, czyli jako stan pacjenta, w którym nie reaguje on na polecenia i bodźce zewnętrzne”⁴⁴. Natomiast niezdolność do zrozumienia znaczenia informacji, jak wskazuje B. Janiszewska, „obejmuje dwa rodzaje stanów: 1) niezdolność do zrozumienia znaczenia, tzn. treści informacji, którą lekarz kieruje do pacjenta, oraz 2) niezdolność do oceny znaczenia – czyli istotnej rangi tej informacji”⁴⁵.

⁴⁰ Kodeks Etyki Lekarskiej od 1.01.2025 r., https://nil.org.pl/uploaded_images/1723037323_kel-2305.pdf [dostęp: 04.05.2025 r.], dalej jako: KEL.

⁴¹ V. Vachev, *op.cit.*, s. 239; por. M. Boratyńska, *Wolny wybór. Gwarancje i granice prawa pacjenta do samodecydowania*, Warszawa 2012, s. 141.

⁴² M. Boratyńska, *Obowiązek czy dobrowolność ujawnienia tajemnicy lekarskiej*, „Białostockie Studia Prawnicze” 2020, nr 2, s. 35.

⁴³ Zob. ibidem, s. 35. Por. M. Świdarska, *op.cit.*, s. 71.

⁴⁴ B. Janiszewska, *art. 9...*, s. 222; por. T. Dukiet-Nagórska, *op.cit.*, s. 45; M. Drapalska-Grochowicz, *op.cit.*, s. 102.

⁴⁵ B. Janiszewska, *art. 9...*, s. 222-223.

Autorka trafnie zaznacza również, że irrelewantne są przyczyny takiej niezdolności, czas jej trwania oraz czynniki, które ją wywołały⁴⁶. Niezdolność powinna być przy tym oceniana *ad casum*, z uwzględnieniem okoliczności konkretnego przypadku⁴⁷.

Sporne jest, jaki zakres informacji powinien zostać przedstawiony osobom ubiegającym się o ich uzyskanie w przypadku scharakteryzowanej powyżej niedyspozycji pacjenta. Z jednej strony można bowiem twierdzić, że powinien to być pełny zakres przysługujący pacjentowi, określony w art. 9 ust. 2 u.p.p. oraz, analogicznie, w art. 31 ust. 1 u.z.l.⁴⁸ Z drugiej jednak, z braku odwołania w treści przepisu do ust. 1 art. 31 u.z.l. wywodzi się, że osoba bliska nie może otrzymać pełnej informacji, a jej zakres powinien zostać ograniczony do „informacji ogólnej o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, planowanym działaniu leczniczym, a także o rokowaniach”, gdyż pozostałe informacje, o których mowa w przywołanych przepisach, są ściśle związane z zapewnieniem pacjentowi możliwości wyboru metody leczenia lub diagnozowania. Skoro osoby bliskie nie zostały uprawnione do podejmowania decyzji w tym zakresie, udzielenie im takich informacji nie jest celowe⁴⁹. Wyrażono również przypuszczenie, iż ustawodawca pozostawił lekarzowi swobodę w podejmowaniu decyzji, jakie informacje są przez niego przekazywane, gdy pacjent jest nieprzytomny lub niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji⁵⁰. Niezależnie od jego zgodności z rzeczywistymi intencjami ustawodawcy, taki kierunek interpretacji wydaje się właściwy. Nie sposób przewidzieć abstrakcyjnie wszystkich elementów konkretnego stanu faktycznego, dlatego też należy pozostawić lekarzowi pewien zakres swobody co do zakresu informacji, których udziela. W istocie to właśnie on będzie w stanie najlepiej ocenić, które informacje i w jaki sposób powinny być w konkretnym przypadku udzielone.

⁴⁶ Zob. *ibidem*, s. 223.

⁴⁷ Zob. K. Bączyk-Rozwadowska, *op.cit.*, s. 67.

⁴⁸ L. Pawłowski, *Osoba bliska w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych a obowiązki lekarza – aspekty prawne* (część 2), „Forum Medycyny Rodzinnej” 2014, nr 4, s. 197. Tak też M. Boratyńska, *Autonomia...*, s. 73.

⁴⁹ Zob. R. Tymiński, *op.cit.*, s. 75.

⁵⁰ B. Janiszewska, *Obowiązki...*, s. 1000-1001.

Do omawianego zagadnienia odnoszą się również normy o charakterze deontologicznym, zawarte w przywoływanym już Kodeksie Etyki Lekarskiej. Zgodnie z art. 3 KEL, lekarz wypełnia swoje obowiązki z poszanowaniem człowieka bez względu na wiek, płeć, rasę, wyposażenie genetyczne, narodowość, wyznanie, przynależność społeczną, sytuację materialną, poglądy polityczne, orientację seksualną lub inne uwarunkowania. Artykuł 13 nakazuje lekarzowi życzliwe i kulturalne traktowanie pacjentów, szanowanie ich godności osobistej, prawa do intymności i prywatności. Według normy zawartej w art. 20, w trakcie leczenia szpitalnego lekarz powinien umożliwić pacjentowi korzystanie z opieki rodziny lub przyjaciół, odnosząc się przy tym ze zrozumieniem do osób bliskich pacjenta. Największe znaczenie dla omawianej problematyki ma niewątpliwie art. 17 KEL. Zgodnie z jego ust. 1 zd. 2, analogicznie do przytoczonych przepisów rangi ustawowej, informowanie rodziny lub innych osób o stanie zdrowia pacjenta bądź o leczeniu powinno być uzgodnione z chorym. Zgodnie z art. 17 ust. 3 KEL, w przypadku chorego nieprzytomnego lekarz udziela niezbędnych informacji osobie uprawnionej. Nowe, obowiązujące od 1 stycznia 2025 r. brzmienie KEL, zdaje się usuwać wątpliwości, jakie w doktrynie wzbudzał wcześniej jego art. 16 ust. 2, zgodnie z którym w przypadku chorego nieprzytomnego lekarz może udzielić dla dobra chorego niezbędnych informacji osobie, co do której jest przekonany, że działa ona w interesie chorego⁵¹. Choć *prima facie* wątpliwości mogłoby wzbudzać pojęcie osoby uprawnionej, którym posługuje się KEL, jego wykładnia wydaje się dość jasna i należy przez

⁵¹ Regulacja dawnego art. 16 ust. 2 KEL (https://nil.org.pl/uploaded_images/1721304748_1574857770-kodeks-etyki-lekarskiej.pdf, [dostęp: 01.06.2025 r.]) zakreślała krąg osób uprawnionych do uzyskania informacji znacznie szerzej, aniżeli czyni to u.z.l., co rodziło istotne pytanie o zakres obowiązku informacyjnego lekarza. W odniesieniu do tego zagadnienia w doktrynie wykształciły się dwa stanowiska. Zgodnie z pierwszym z nich, lekarz powinien w takim przypadku zastosować się do przepisu ustawy (zob. M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Standardy wykonywania zawodu lekarza* [w:] *System Prawa Medycznego. Tom II. Część 1. Regulacja prawna czynności medycznych*, red. M. Boratyńska, P. Konieczniak, Warszawa 2019, s. 327), a więc informować tylko te osoby wskazane w art. 16 KEL, które jednocześnie zostały uwzględnione w art. 3 ust. 1 pkt 2 u.p.p. Drugie stanowisko opierało się natomiast na przyjęciu, iż art. 4 u.z.l. nakłada na lekarza obowiązek wykonywania zawodu „zgodnie z zasadami etyki zawodowej. W przypadku, o który chodzi, zasady etyczne i deontologiczne stawiają lekarzom wyższe wymagania niż regulacja ustawowa. Podwyższony rygor ochrony pacjenta uzasadnia zatem kierowanie się wskazaniami etycznymi” (M. Drapalska-Grochowicz, *op.cit.*, s. 96).

to pojęcie rozumieć zarówno osoby upoważnione przez pacjenta, jak i osoby bliskie, o których mowa w art. 3 ust. 1 pkt 2 u.p.p. W przypadku małoletniego będzie to również jego przedstawiciel ustawowy.

Omawiając problematykę dostępu do informacji o stanie zdrowia pacjenta, nie sposób pominąć kwestii tajemnicy medycznej. Artykuł 13 u.p.p. stanowi, iż pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego. Artykuł 14 u.p.p. nakłada natomiast na osoby wykonujące zawód medyczny⁵² obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, w szczególności ze stanem zdrowia pacjenta. Zgodnie natomiast z art. 40 ust. 1 u.z.l. lekarz ma obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu. Zarówno art. 40 ust. 2 u.z.l., jak i art. 14 ust. 2 u.p.p., przewidują wyjątki od obowiązku zachowania tajemnicy. Ze względu na analizowaną problematykę najważniejsze z nich stanowi zgoda pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego⁵³ oraz przepis rangi ustawowej umożliwiający ujawnienie informacji⁵⁴.

Ujawnienie informacji o stanie zdrowia pacjenta w przypadkach innych niż przewidziane przez ustawy jest niedopuszczalne i stanowi naruszenie tajemnicy medycznej. Ochrona zaufania pacjenta wobec lekarza ma niezwykle ważne znaczenie dla zapewnienia skuteczności procesu leczenia, bowiem postawienie prawidłowej diagnozy oraz przeprowadzenie odpowiedniego leczenia może w wielu wypadkach wymagać informacji, których w innych okolicznościach pacjent by nie ujawnił. Wątpiąc w zachowanie poufności przez lekarza, może nie być z nim całkowicie szczerym, niejako ograniczając swoje szanse na skuteczne leczenie, bądź

⁵² Tajemnica medyczna obejmuje nie tylko lekarzy, ale również m.in. pielęgniarki i położne, farmaceutów oraz ratowników medycznych (zob. M. Burdzik, A. Nowak, C. Chowaniec, *Tajemnica lekarska w świetle nowelizacji kodeksu postępowania karnego* z 10.06.2016 r., „Państwo i Prawo” 2019, nr 9, s. 134). Ze względu na przedmiot niniejszego opracowania rozważania zostaną zawężone do tajemnicy medycznej obowiązującej lekarzy.

⁵³ Art. 40 ust. 2 pkt 4 u.z.l. oraz art. 14 ust. 2 pkt 3 u.p.p.

⁵⁴ Art. 40 ust. 2 pkt 1 u.z.l. oraz art. 14 ust. 2 pkt 1 u.p.p.

nawet całkowicie je sobie odbierając. Równocześnie zachowanie tajemnicy realizuje konstytucyjnie chronioną prywatność jednostki⁵⁵.

4. Pojęcie osoby bliskiej

Polski prawodawca posługuje się zróżnicowanymi pojęciami określającymi relację bliskości pomiędzy ludźmi. Własną definicję legalną osoby bliskiej posiada ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 2 u.p.p. jest nią małżonek, krewny do drugiego stopnia lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta. Sytuacja prawna wszystkich wymienionych podmiotów jest jednakowa, a udzielenie informacji jednej z nich nie pozbawia pozostałych możliwości domagania się informacji⁵⁶. Wśród tego szerokiego katalogu, na potrzeby niniejszego artykułu, rozważać można zakwalifikowanie partnera bądź partnerki tej samej płci jako małżonka, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu bądź osobę wskazaną przez pacjenta.

Najmniej problematyczna jest bez wątpienia ostatnia kategoria, upoważnienie zdejmując bowiem z lekarza obowiązek dochodzenia, jakie relacje wiążą pacjenta z osobą ubiegającą się o dostęp do informacji; nie są one zresztą w takim przypadku istotne⁵⁷. Co niemniej ważne w przypadku osób, które nie chcą ujawniać swojej orientacji, upoważnienie pozwala również „uniknąć kłopotliwych nierzadko tłumaczeń, którym przecież lekarze wcale nie muszą dawać wiary”⁵⁸. Jak już wskazano, ustawa nie określa, w jaki sposób ma nastąpić owo wskazanie, choć zalecać należy zachowanie formy pisemnej.

W przypadku osób, które zawarły za granicą jednopłciowy związek małżeński, niewykluczone jest ubieganie się o informację jako małżonek, w oparciu o art. 1138 Kodeksu postępowania cywilnego⁵⁹. Zgodnie z tym przepisem zagraniczne dokumenty urzędowe mają moc dowodową na

⁵⁵ Zob. M. Burdzik, A. Nowak, C. Chowaniec, *op.cit.*, s. 130.

⁵⁶ Zob. M. Drapalska-Grochowicz, *op.cit.*, s. 79.

⁵⁷ Por. R. Tymiński, *op.cit.*, s. 70.

⁵⁸ M. Boratyńska, *Autonomia...*, s. 72.

⁵⁹ Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 1568 ze zm.), dalej jako: k.p.c.

równi z polskimi dokumentami urzędowymi, personel medyczny nie dysponuje tym samym kompetencją do odebrania takiej mocy zagranicznemu aktowi małżeństwa. W konsekwencji, zdaniem M. Wojewody, można skutecznie powoływać się na taki akt⁶⁰. Podzielając taki pogląd, należy jednak podnieść wątpliwość, czy będzie to w istocie możliwe w praktyce. Kwestia małżeństw osób tej samej płci zawartych za granicą jest przedmiotem wielu sporów w literaturze przedmiotu⁶¹, ponadto trudno oczekiwać od personelu medycznego oceny możliwości udzielenia informacji małżonkowi tej samej płci na podstawie art. 1138 k.p.c. Choć informacja powinna być w takim przypadku udzielona, wydaje się, iż w praktyce bardziej prawdopodobne jest uznanie dokumentów potwierdzających zawarcie jednopłciowego związku małżeńskiego za granicą za dowód potwierdzający fakt wspólnego pożycia. Ostatecznie kwestia ta sprowadza się jedynie do rozważań teoretycznych, niemających większego znaczenia dla omawianej problematyki w tym sensie, iż, jak już wskazano, sytuacja każdej z osób bliskich w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 u.p.p. jest identyczna. Niezależnie więc od zakwalifikowania małżonka do którejkolwiek ze wskazanych kategorii, informacja w trybie art. 31 ust. 6 u.z.l. powinna zostać udzielona⁶².

Najbardziej problematyczną z omawianych kategorii osób bliskich stanowi osoba pozostająca we wspólnym pożyciu. Jeżeli nie została ona uprzednio wskazana przez pacjenta, niezwykle trudne, a wręcz niemożliwe może okazać się udowodnienie pozostawania we wspólnym pożyciu⁶³. Podkreśla się przy tym, że personel medyczny nie dysponuje prawną możliwością „żądania od osoby, podającej się za osobę bliską pacjenta, przedłożenia dokumentu tożsamości, odpisów aktów stanu cywilnego

⁶⁰ Zob. M. Wojewoda, *Małżeństwa jednopłciowe i związki partnerskie w polskim rejestrze stanu cywilnego?*, „Studia Prawno-Ekonomiczne” 2017, t. CIII, s. 147.

⁶¹ Zob. szerzej F. Pańczyk, *Transkrypcja zagranicznego aktu małżeństwa osób tej samej płci* [w:] *Prawo administracyjne w obliczu przemian cywilizacyjnych*, red. A. Jakubowski, J. Piecha, Warszawa 2024, s. 140-146 i przywołana tam literatura.

⁶² Bardziej jednoznaczna ocena jest możliwa w przypadku zawarcia za granicą, niezależnie od jego nazwy i cech charakterystycznych, związku partnerskiego. Artykuł 3 ust. 1 pkt 2 u.p.p. nie zalicza do osób bliskich zarejestrowanego partnera, więc dokument potwierdzający zawarcie takiego związku *de lege lata* w praktyce powinno się traktować jako dowód pozostawania we wspólnym pożyciu. Także w tym przypadku informacja powinna więc zostać udzielona.

⁶³ Zob. P. Glen, *Prawo do informowania* [w:] *Ochrona danych medycznych i osobowych pacjentów*, red. M. Jendra, Warszawa 2017, s. 101.

lub innych dokumentów pozwalających na jej identyfikację”⁶⁴. Wskazuje się także, co już wcześniej odnotowano, że personel ten nie ma wystarczającej wiedzy prawniczej, by podejmować takie decyzje⁶⁵ oraz nie dysponuje czasem na dogłębne analizowanie relacji pomiędzy pacjentem a osobą podającą się za bliską⁶⁶. Dlatego też niebezzasadny jest wniosek, iż „co prawda ustawodawca wprowadził rozwiązanie pozwalające *de iure* na realizację praw partnerów (w tym LGBT+), ale regulacja ta jest awykonalna w praktyce”⁶⁷. Rozwiązaniem tej trudnej sytuacji może być zawierzenie deklaracjom takiej osoby⁶⁸, przy czym bez wątpienia decydująca będzie dobra wola lekarza⁶⁹. Podejście takie nie jest jednak przyjmowane w literaturze powszechnie, podnosi się bowiem, iż „bardziej uzasadnione wydaje się zastosowanie zasady ograniczonego zaufania”⁷⁰, a „[e]wentualne wątpliwości powinny być rozstrzygane na rzecz respektu dla tajemnicy lekarskiej”⁷¹. Mając na względzie, że odpowiedzialność lekarza za naruszenie omawianej tajemnicy może przybrać postać odpowiedzialności karnej⁷², cywilnej⁷³

⁶⁴ M. Jabłońska, *Tajemnica medyczna a prawo osoby bliskiej pacjenta do informacji medycznej – przyczynek do dyskusji*, „Białostockie Studia Prawnicze” 2020, nr 2, s. 283; por. L. Pawłowski, *op.cit.*, s. 198.

⁶⁵ Zob. K. Góralczyk, *op.cit.*, s. 105 oraz M. Drapalska-Grochowicz, *op.cit.*, s. 110.

⁶⁶ Zob. K. Góralczyk, *op.cit.*, s. 109-110 oraz A. Wołoszyn-Cichocka, *op.cit.*, s. 252.

⁶⁷ G. Zieliński, M. Graczyk, M. Łabuś-Centek, W.K. Leśniak, T. Dzierżanowski, *Wybrane problemy prawne osób nieheteronormatywnych (LGBT+) w opiece paliatywnej*, „Medycyna Paliatywna” 2021, nr 3, s. 106.

⁶⁸ Zob. A. Wołoszyn-Cichocka, *op.cit.*, s. 252; E. Bachera, B. Smółka, *op.cit.*, s. 120; M. Drapalska-Grochowicz, *op.cit.*, s. 92 i 110.

⁶⁹ Zob. E. Bachera, B. Smółka, *op.cit.*, s. 123 oraz G. Zieliński, M. Graczyk, M. Łabuś-Centek, W.K. Leśniak, T. Dzierżanowski, *op.cit.*, s. 106. Na ryzyko dokonywania przez personel medyczny oceny relacji bliskości przez pryzmat własnych przesłanek światopoglądowych zwraca uwagę M. Drapalska-Grochowicz, *op.cit.*, s. 93-94.

⁷⁰ Ibidem, s. 91.

⁷¹ K. Góralczyk, *op.cit.*, s. 104-105, tak też R. Tymiński, *op.cit.*, s. 81.

⁷² Zob. art. 266 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (t.j. Dz.U. z 2025 r., poz. 383, dalej jako: k.k.) oraz art. 107 ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. z 2019 r., poz. 1781). Szerzej o odpowiedzialności karnej zob. R. Kubiak, *Karnoprawna ochrona danych medycznych*, „Białostockie Studia Prawnicze” 2020, nr 2, s. 101-112.

⁷³ Zob. art. 24 oraz art. 448 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 1061 ze zm.). Szerzej na ten temat zob. A. Kowalska, *Zadośćuczynienie za naruszenie praw pacjenta*, „Studia Prawnoustrojowe” 2020, t. 48, s. 93-105; M. Świdarska, *Zadośćuczynienie z tytułu naruszenia dóbr osobistych w związku z ujawnieniem tajemnicy medycznej*, „Białostockie Studia Prawnicze” 2020, nr 2, s. 49-63; B. Janiszewska, *Ochrona poufności pacjenta z perspektywy prawa cywilnego*, „Białostockie Studia Prawnicze” 2020, nr 2, s. 11-29.

oraz zawodowej⁷⁴, bardziej zrozumiale wydają się niektóre przypadki odmowy udzielenia informacji o stanie zdrowia pacjenta na podstawie art. 31 ust. 6 u.z.l.

De lege lata w doktrynie panuje raczej konsens, że osobą pozostającą we wspólnym pożyciu może być osoba tej samej płci⁷⁵. Stanowisko takie prezentuje również RPO⁷⁶, a nawet Ministerstwo Zdrowia⁷⁷. Pogląd ten znajduje również silne oparcie w judykaturze, choć przedstawione poniżej orzeczenia zapadły na kanwie przepisów innych ustaw. Na gruncie prawa cywilnego najistotniejsze dla omawianej tematyki orzeczenia odnosiły się do art. 691 § 1 k.c. umożliwiającego wstąpienie w stosunek najmu po zmarłym najemcy m.in. osobie, która pozostawała faktycznie we wspólnym pożyciu z najemcą. W orzecznictwie dominowało przekonanie, iż „faktyczne wspólne pożycie, w rozumieniu art. 691 § 1 k.c., oznacza więc łączącą dwie osoby pozostające w takich relacjach jak małżonkowie”⁷⁸, odbierając tym samym partnerom tej samej płci możliwość skorzystania z dobrodziejstwa tego przepisu. I choć wskazywano, że „o faktycznym wspólnym pożyciu świadczy wspólnota ekonomiczna, gospodarcza, duchowa (np. wspólne plany na przyszłość, opieka, dbanie o wspólne dobro), a także intymna, nie zaś pleć partnerów”⁷⁹, to zmianę podejścia przyniosła dopiero uchwała SN z 28 listopada 2012 r.⁸⁰. Uznano w niej, że

⁷⁴ Zob. art. 53 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (t.j. Dz.U. z 2021 r., poz. 1342). Szerzej zob. R. Tymiński, *op.cit.*, s. 23.

⁷⁵ Zob. D. Karkowska, *art. 3 [w:] Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, red. D. Karkowska, Warszawa 2021, s. 143; R. Tymiński, *op.cit.*, s. 73; J. Haberko, *Pojęcie osoby bliskiej w prawie cywilnym*, „Przeegląd Sądowy” 2011, nr 3, s. 75; K. Góralczyk, *op.cit.*, s. 109.

⁷⁶ Zob. *Równe traktowanie...*, s. 32; A. Mazurczak, *op.cit.*, s. 15.

⁷⁷ Ministerstwo Zdrowia uznaje pary jedнопłciowe, <https://kph.org.pl/ministerstwo-zdrowia-uznaje-pary-jedнопłciowe/>, [dostęp: 03.02.2025 r.]. Komitet Ministrów Rady Europy wskazuje natomiast, iż w każdym przypadku przepisy krajowe regulujące kwestie dotyczące „osób najbliższych” powinny być stosowane bez dyskryminacji ze względu na orientację seksualną i tożsamość płciową (zob. Memorandum wyjaśniające do zalecenia CM/Rec(2010)5, s. 30).

⁷⁸ Uchwała SN z 20.11.2009 r., sygn. III CZP 99/09, LEX nr 530773. Uzasadnionej krytyki tego orzeczenia dokonuje M. Wąsik, *Związki osób tej samej płci. Konsekwencje braku regulacji w prawie polskim*, Warszawa 2024, s. 43-44.

⁷⁹ Wyrok SO w Poznaniu z 19.04.2011 r., sygn. II Ca 284/11, niepubl., cyt. za: P. Knut (red.), *Prawa osób LGBT w Polsce – orzecznictwo*, Warszawa 2015, s. 25.

⁸⁰ Uchwała SN z dnia 28.11.2012 r., sygn. III CZP 65/12, LEX nr 1230043.

pojęcie wspólnego pożycia „ma ugruntowaną konotację w odniesieniu do małżonków oraz osób odmiennej płci niebędących małżeństwem; oznacza szczególnego rodzaju więź emocjonalną, fizyczną (cielesną) i gospodarczą, obejmującą niekiedy także inne elementy, wśród których można wymienić wspólne zamieszkanie, niekonieczne zresztą dla trwania tej więzi, ale jednoznacznie ją umacniające”. Sąd Najwyższy stwierdził jednak, iż „nie ma przekonujących racji jurydycznych, a także argumentów socjologicznych lub psychologicznych, przemawiających za różnicowaniem – na płaszczyźnie prawnej – skutków wynikających ze wspólnego pożycia hetero- i homoseksualnego; przeciwnie, więzi emocjonalne, fizyczne i gospodarcze powstające w ramach takiego pożycia są w obu przypadkach tożsame i mogą tworzyć równie mocną spójnię”. Uzasadniając swoje stanowisko SN wskazał na wynikający art. 32 Konstytucji RP nakaz równego traktowania i zakaz jakiejkolwiek dyskryminacji, a także podzielił postulat, by w przypadku braku regulacji dotyczących wyraźnie związków osób tej samej płci, dokonywać wykładni obowiązujących przepisów w sposób zapełniający tę lukę, uwzględniając uzasadnione interesy tych osób.

Wstąpienie w stosunek najmu lokalu po zmarłym partnerze było również przedmiotem wyroku Europejskiego Trybunału Praw Człowieka (ETPC) w sprawie *Kozak v. Polska*⁸¹. Trybunał uznał, że głównym powodem, dla którego odmówiono skarżącemu zawarcia umowy najmu, był homoseksualny charakter związku, w którym pozostawał, i który *per se* wyłączał go z grona podmiotów uprawnionych w świetle art. 691 § 1 k.c. W postępowaniu polskich władz ETPC nie doszukał się obiektywnego i uzasadnionego usprawiedliwienia dla różnicowania sytuacji hetero- i homoseksualnych partnerów, nie dostrzegł także zachowania odpowiedniej proporcji pomiędzy celem, jaki władze chciały osiągnąć, a zastosowanymi przez nie środkami. Z tego też powodu uznał, że Polska naruszyła art. 14 w zw. z art. 8 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka⁸². Warto

⁸¹ Wyrok ETPC z dnia 02.03.2010 r., *Kozak v. Polska*, skarga nr 13102/02, HUDOC.

⁸² Konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności, sporządzona w Rzymie dnia 4 listopada 1950 r., zmieniona następnie Protokołami nr 3, 5 i 8 oraz uzupełniona Protokołem nr 2 (Dz.U. z 1993 r., nr 51, poz. 284 ze zm.).

w tym miejscu zaznaczyć, że Trybunał strasburski od lat konsekwentnie uznaje, że osoby tej samej płci są tak samo zdolne do tworzenia stabilnego i trwałego związku, jak osoby odmiennej płci, a tym samym znajdują się w podobnej do nich sytuacji i powinny korzystać z podobnej ochrony na gruncie Konwencji⁸³.

Powracając na grunt polskiego prawa cywilnego, warto zauważyć, że również w odniesieniu do kwestii rozliczeń między osobami tej samej płci po zakończeniu związku sądy wskazywały, iż „pod pojęciem konkubinatu należy rozumieć stabilną, faktyczną wspólnotę osobisto-majątkową dwojga osób. Bez znaczenia we wspomnianym aspekcie jest płeć osób tworzących taki związek”⁸⁴. W orzeczeniu Sądu Apelacyjnego w Warszawie wprost stwierdzono, iż pojęcie konkubinatu było dawniej rozumiane jako trwałe pożycie kobiety i mężczyzny bez zawarcia związku małżeńskiego. Rozumienie tego pojęcia przeszło jednak ewolucję, wskutek której „obecnie pojęcie konkubinatu oznacza trwałe wspólne pożycie dwojga osób bez względu na ich płeć”⁸⁵.

Warto zwrócić również uwagę na orzecznictwo w sprawach karnych odnoszących się do pojęcia osoby najbliższej, którą zgodnie z art. 115 § 11 k.k., jest m.in. osoba pozostająca we wspólnym pożyciu. Dla uznania, że pod pojęciem tym rozumieć można również osobę tej samej płci, niezwykle ważny był wyrok Sądu Najwyższego z dnia 21 marca 2013 r.⁸⁶, stanowiący wyłom w dotychczasowej linii orzeczniczej⁸⁷. Biorąc pod uwagę zastosowanie systemowych i funkcjonalnych dyrektyw interpretacyjnych oraz odwołując się do dorobku doktryny, stwierdzono w nim, że termin „wspólne pożycie” obejmuje „osoby, które – niezależnie od ich

⁸³ Zob. F. Pańczyk, *Transkrypcja...*, s. 151-153 i przywołane tam orzecznictwo ETPC.

⁸⁴ Wyrok SA w Białymstoku z dnia 23.02.2007 r., sygn. I ACa 590/06, LEX nr 259105. Rozumowania tego nie podzielił SN, wskazując, że odmienność płci konkubentów jest istotną cechą konkubinatu. Stwierdził jednak, iż pozostawienie związków homoseksualnych poza zakresem pojęcia konkubinatu nie wyklucza zastosowania do spraw majątkowych wzorców analogicznych do tych, które przyjęte zostały dla dokonywania rozliczeń majątkowych konkubentów (zob. wyrok SN z dnia 06.12.2007 r., sygn. IV CKS 301/07, LEX nr 361309).

⁸⁵ Wyrok SA w Warszawie z dnia 26.06.2014 r., sygn. I ACa 40/14, LEX nr 1496122.

⁸⁶ Wyrok SN z dnia 21.03.2013 r., sygn. III KK 268/12, LEX nr 1311768.

⁸⁷ Zob. M. Wąsik, *op.cit.*, s. 76.

plci i wieku – razem ze sobą żyją, co zakłada (...) prowadzenie wspólnego gospodarstwa domowego oraz (jak się zdaje) określoną więź psychiczną”. W swojej późniejszej uchwale⁸⁸ SN poszedł jeszcze dalej, jednoznacznie wskazując, iż „zwrot »osoba pozostająca we wspólnym pożyciu« określa osobę, która pozostaje z inną osobą w takiej relacji faktycznej, w której pomiędzy nimi istnieją jednocześnie więzi duchowe (emocjonalne), fizyczne oraz gospodarcze (wspólne gospodarstwo domowe). Ustalenie istnienia takiej relacji [...] jest możliwe także wtedy, gdy brak określonego rodzaju więzi jest obiektywnie usprawiedliwiony. Odmienność płci osób pozostających w takiej relacji nie jest warunkiem uznania ich za pozostających we wspólnym pożyciu w rozumieniu art. 115 § 11 k.k.”

Konkludując rozważania dotyczące rozumienia pojęcia osoby bliskiej, należy przyjąć, iż jest nią, także w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 u.p.p. osoba tej samej płci pozostająca w związku z pacjentem. Jak wskazuje M. Wąsik, „[t]aka wykładnia pozostaje spójna z [...] wykładnią osoby bliskiej dla celów Kodeksu cywilnego czy Kodeksu karnego, a odmienne podejście rozumienia osoby bliskiej na gruncie ustawy o prawach pacjenta powodowałoby dysonans rozumienia tego pojęcia na tle różnych gałęzi prawa, co byłoby nieracjonalnym działaniem ustawodawcy, nawet przy braku systemowej ochrony osób żyjących w związkach jedнопłciowych”⁸⁹.

Miejsce to wydaje się właściwe, by powrócić do podjętego uprzednio wątku pacjenta małoletniego, który ukończył 16. rok życia, i rozważyć, czy jego partner tej samej płci również będzie mógł zostać uznany za osobę bliską w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 u.p.p. Jak wskazują wcześniejsze rozważania, wydaje się to możliwe, jeżeli został upoważniony przez pacjenta. Gdyby małoletni zawarł za granicą związek małżeński, co hipotetycznie należy uznać za możliwe⁹⁰, aktualność zachowają uwagi poczynione w odniesieniu do pełnoletnich małżonków. Niebezzasadna wydaje się natomiast wątpliwość, czy możliwe będzie postrzeganie part-

⁸⁸ Uchwała SN z dnia 25.02.2016 r., sygn. I KZP 20/15, LEX nr 1984687.

⁸⁹ M. Wąsik, *op.cit.*, s. 88.

⁹⁰ Zob. J. Pawliczak, *Zarejestrowany związek partnerski a małżeństwo*, Warszawa 2014, s. 194 oraz 206-207 i przedstawione tam rozwiązania obowiązujące w innych państwach europejskich.

nera tej samej płci jako osoby pozostającej we wspólnym pożyciu z pacjentem. Nie jest raczej możliwe udzielenie w tym zakresie jednoznacznej odpowiedzi, gdyż rozstrzygnięcie powinno być dokonywane *a casu ad casum*, z uwzględnieniem okoliczności konkretnego przypadku. Nie można bowiem wykluczyć, że pomiędzy pacjentem a jego partnerem będą w rzeczywistości występowały przedstawione powyżej więzi, które, zdaniem SN, składają się na pozostawanie we wspólnym pożyciu, albo też będą zachodzić okoliczności usprawiedliwiające ich brak. Jeśli partner pacjenta będzie w stanie wykazać, że pozostaje z nim we wspólnym pożyciu, lekarz zobowiązany będzie, zgodnie z art. 31 ust. 6 u.z.l., udzielić mu informacji. W praktyce może jednak wystąpić sytuacja, w której, przykładowo, rodzice pacjenta ukrywającego swój związek, wskażą, nawet bez złej woli, iż jest to osoba obca dla pacjenta. To na lekarzu ciążyć będzie wówczas obowiązek rozstrzygnięcia takiej sytuacji.

5. Postulaty *de lege ferenda*

Jak wskazuje przeprowadzona analiza, art. 3 ust. 1 pkt 2 u.p.p. umożliwia partnerowi tej samej płci uzyskanie informacji o stanie zdrowia pacjenta, z którym pozostaje we wspólnym pożyciu. Cytowane raporty skłaniają jednak do stwierdzenia, iż możliwość ta okazuje się w praktyce nierzadko iluzoryczna. W obliczu toczących się prac nad przyjęciem ustawy o rejestrowanych związkach partnerskich⁹¹ należy wskazać, iż projektodawca dostrzegł znaczenie omawianej problematyki i podjął próbę wprowadzenia odpowiednich zmian do obecnie obowiązujących regulacji. Zgodnie z art. 138 pkt 1 projektu ustawy – Przepisy wprowadzające ustawę o rejestrowanych związkach partnerskich⁹², katalog osób bliskich zawarty w art. 3 ust. 1 pkt 2 u.p.p. miałby zostać uzupełniony o „drugą osobę w związku partnerskim w rozumieniu art. 2 ustawy z dnia ... o rejestrowa-

⁹¹ Ustawa o rejestrowanych związkach partnerskich (projekt z 14.04.2025 r. dostępny pod adresem: <https://legislacja.gov.pl/projekt/12390651>, [dostęp: 12.05.2025 r.]).

⁹² Ustawa – Przepisy wprowadzające ustawę o rejestrowanych związkach partnerskich (projekt z 14.04.2025 r. dostępny pod adresem: <https://legislacja.gov.pl/projekt/12390652/katalog/13088590#13088590>, [dostęp: 12.05.2025 r.]).

nych związkach partnerskich”. Taka regulacja nie eliminowałaby zarazem wszelkich wątpliwości, jakie mogą dotyczyć pojęcia „osoba pozostająca we wspólnym pożyciu”. Nie ma bowiem racjonalnych podstaw, by przypuszczać, że wszystkie osoby pozostające w związkach jedнопłciowych skorzystałyby z możliwości sformalizowania swojego wniosku. Ponadto, biorąc pod uwagę, że wejście w życie ustawy o rejestrowanych związkach partnerskich nie jest zdarzeniem pewnym, warto rozważyć inne możliwości. Być może zasadnym działaniem byłoby dokonanie nowelizacji art. 3 ust. 1 pkt 2 u.p.p. w sposób, który wskazywałby jednoznacznie, iż osobą pozostającą we wspólnym pożyciu może być także osoba tej samej płci. Przepis ten mógłby przybrać, przykładowo, następujące brzmienie: „osoba bliska – małżonka, krewnego do drugiego stopnia lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu bez względu na jej płeć lub osobę wskazaną przez pacjenta”. Postulowanie, by analogiczne rozwiązanie przyjąć w odniesieniu do małżonka, wydaje się obecnie niemożliwe do realizacji w praktyce ze względów politycznych. Oznaczałoby ono bowiem ustawowe uznanie małżeństw osób tej samej płci w polskim porządku prawnym.

Jak należy przypuszczać, realizacja powyższego postulatu, jakkolwiek miałaby doniosłe znaczenie dla godności osób LGBT+ i mogłaby potencjalnie zmniejszyć liczbę sygnalizowanych nieprawidłowości, także nie byłaby wystarczająca. Zasadniczym zidentyfikowanym problemem jest bowiem brak jasnych wytycznych dotyczących procedury weryfikacji osób podających się za osoby bliskie. W doktrynie podnoszony był już postulat wskazania ustawowych kryteriów weryfikacji przesłanki wspólnego pożycia⁹³, substytucyjnie można by rozważać wydanie wytycznych przez Ministerstwo Zdrowia. Jednym z podstawowych zadań funkcjonującego w jego ramach Departamentu Równości w Zdrowiu jest „realizacja działań na rzecz osób LGBTQ+, w tym kwestie postępowania w przypadku osób niebinarnych i uzgadniania płci osób transpłciowych”⁹⁴.

⁹³ Zob. K. Bączyk-Rozwadowska, *op.cit.*, s. 68-69.

⁹⁴ § 30 pkt 14 zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 sierpnia 2024 r. w sprawie ustalenia regulaminu organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia (Dz.Urz. MZ, poz. 55 ze zm.).

Wydaje się, że właśnie tam powinny rozpocząć się prace mające na celu ujednolicenie procedur weryfikacji. Do udziału w pracach powinny zostać zaangażowane także inne podmioty, takie jak Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych czy Rzecznik Praw Pacjenta, ale także przedstawiciele organizacji pozarządowych działających na rzecz osób należących do społeczności LGBT+.

Dokonany w celu przedstawienia możliwych postulatów *de lege ferenda* przegląd nielicznych, dostępnych w Internecie procedur obowiązujących w poszczególnych placówkach wskazuje, iż tworzą one dla swoich potrzeb zróżnicowane rozwiązania. Choć poza zakresem niniejszego artykułu pozostaje kwestia udzielania informacji za pomocą środków komunikowania się na odległość, to jednak pandemia COVID-19 i związany z nią rozwój udzielania informacji o stanie zdrowia właśnie za pomocą takich środków spowodowały powstanie wytycznych mających umożliwiać weryfikację stosunku bliskości. Wytyczne Rzecznika Praw Pacjenta oraz Urzędu Ochrony Danych Osobowych wskazują na możliwość zadawania pytań kontrolnych mających na celu uprawdopodobnienie, że osoba ubiegająca się o informację jest osobą bliską dla pacjenta. Wśród przykładowych pytań zamieszczono pytania o PESEL, datę i miejsce urodzenia czy drugie imię pacjenta, wskazanie jego znaków szczególnych, opisanie jego wyglądu czy ubioru w dniu przyjęcia do szpitala⁹⁵.

Wśród rozwiązań przyjętych w poszczególnych placówkach warto wskazać na rozwiązanie przyjęte w czasie pandemii w Sosnowieckim Szpitalu Miejskim. Zgodnie z nim, w przypadku pacjenta nieprzytomnego lub niezdolnego do zrozumienia informacji, „przeprowadza się wywiad z osobą dzwoniącą w celu potwierdzenia jej uprawnień do informacji. Osoba dzwoniąca zobowiązana jest podać swoje imię i nazwisko, imię i nazwisko pacjenta, na temat zdrowia, którego chce uzyskać informacje, stopień pokrewieństwa lub powinowactwa. Następnie osoba dzwoniąca zobowiązana jest odpowiedzieć na następujące pytania kontrolne doty-

⁹⁵ Wytyczne dotyczące realizacji prawa do informacji przez osoby uprawnione na odległość, <https://www.gov.pl/web/rpp/wytyczne-dotyczace-realizacji-prawa-do-informacji-przez-osoby-uprawnione-na-odleglosc>, [dostęp: 07.06.2025 r.].

czące pacjenta: numer PESEL lub data urodzenia, miejsce zamieszkania, dzień hospitalizacji, sposób zgłoszenia (dowiedzenie przez zespół ratownictwa, samodzielne zgłoszenie się ze skierowaniem z POZ, samodzielne zgłoszenie się ze skierowaniem z poradni specjalistycznej, samodzielne zgłoszenie się bez skierowania). [...] Podanie przez osobę dzwoniącą swojego imienia i nazwiska, imienia i nazwiska pacjenta, stopnia pokrewieństwa lub powinowactwa, oraz udzielenie prawidłowej odpowiedzi na dwa z czterech pytań kontrolnych, daje pozytywną weryfikację i umożliwia udzielenie jej informacji o stanie zdrowia pacjenta”⁹⁶.

Biorąc pod uwagę, iż takie dane, jak drugie imię czy numer PESEL określonych osób są dostępne publicznie np. w Krajowym Rejestrze Sądowym⁹⁷, a cechy szczególne osób popularnych mogą być publicznie znane, rozwiązanie to może w pewnych przypadkach okazać się niewystarczające. Z pewnością może jednak stanowić podstawę dla próby stworzenia uniwersalnej procedury weryfikacji, która zapewnić będzie zachowanie w tajemnicy przed osobami nieuprawnionymi informacji o stanie zdrowia pacjenta, gwarantując równocześnie udzielenie takiej informacji uprzednio zweryfikowanym osobom bliskim.

Drugim z kluczowych problemów jest brak wystarczającej wiedzy wśród personelu medycznego, jak bowiem wykazano, partner pacjenta tej samej płci może być traktowany jako osoba bliska w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 u.p.p. Przeprowadzane badania wskazują natomiast, iż „prawa pacjenta nie są w sposób dostateczny rozpropagowane wśród przedstawicieli zawodów medycznych”, a ponadto „[i]stnieje rozdźwięk między przekonaniem personelu medycznego, że przedstawiciele ich profesji znają prawa pacjenta a faktyczną wiedzą oraz przestrzeganiem tych praw”⁹⁸.

⁹⁶ Informacja dla rodzin i osób bliskich Pacjentów leczonych w oddziałach COVID-19, <https://www.szpital.sosnowiec.pl/18945-2>, [dostęp: 07.06.2025 r.].

⁹⁷ Art. 35 pkt 1 ustawy z 20.08.1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 979 ze zm.).

⁹⁸ B. Chmielowiec, M. Puścion, J. Adamski, A. Goworski, *Znajomość praw pacjenta wśród przedstawicieli zawodów medycznych*, „Journal of Modern Science” 2025, nr 1, s. 556. Zob. też P. Karniej, Ł. Pietrzykowski, A. Dissen, R. Juarez-Vela, J. Kulińska, M. Czapla, *Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Clinical Competence of Medical Professionals in Poland*, „Sexuality Research and Social Policy” 2025 i przywołana tam literatura.

Niebezzasadnym postulatem wydaje się więc wprowadzenie większej ilości szkoleń z zakresu praw pacjenta oraz zwrócenie na tę kwestię większej uwagi w programie studiów.

De lege ferenda należałoby wreszcie postulować jednoznaczne uregulowanie możliwości wyrażenia zgody na udzielenie informacji o swoim stanie zdrowia przez pacjenta małoletniego. Jak wskazano w niniejszym artykule, obecnie obowiązujące przepisy mogą być interpretowane w zróżnicowany sposób, co nie sprzyja poszanowaniu autonomii dorastającego pacjenta. Wszelkie działania w tym zakresie muszą cechować się szczególną rozważą, tak aby nie zostało naruszone dobro dziecka.

6. Podsumowanie

Uzyskanie informacji o stanie zdrowia pacjenta przez partnera tej samej płci stanowi niezwykle ważną dla osób nieheteronormatywnych kwestię. *De lege lata* pacjent, gdy jest przytomny, może upoważnić do uzyskiwania dotyczących go informacji medycznych dowolną osobę, a więc także partnera tej samej płci. Personel medyczny nie może kwestionować wyboru dokonanego przez pacjenta, nie ma on jednak obowiązku, a jedynie dysponuje możliwością udzielenia informacji zgodnie z życzeniem pacjenta. Sytuacja zmienia się, gdy pacjent jest nieprzytomny bądź niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji. W takim przypadku lekarz udziela informacji osobie bliskiej, którą może być m.in. małżonek, osoba wskazana przez pacjenta oraz osoba pozostająca z pacjentem we wspólnym pożyciu. Choć przedstawiona ewolucja orzecznictwa wskazuje, że za osobę taką należy uznać również osobę tej samej płci, to jednak problemy, jakie mogą powstać przy udowadnianiu wspólnego pożycia, sugerują przyjęcie pragmatycznego podejścia i wcześniejsze sporządzenie stosownego upoważnienia na taką okoliczność. Mając na uwadze powyższe, ustawodawca powinien rozważyć podjęcie stosownych działań, które miałyby na celu ujednolicenie procedury weryfikacji, czy osoba podająca się za osobę bliską w rzeczywistości nią jest.

Bibliografia:

Piśmiennictwo

- Bachera E., Smółka B., *Prawo do udostępnienia dokumentacji medycznej oraz informacji o stanie zdrowia osobom żyjącym w związku nieformalnym – potrzeba uregulowań prawnych?* [w:] *Prawa pacjenta*, red. U. Drozdowska, A. Wnukiewicz-Kozłowska, Warszawa 2016.
- Bączyk-Rozwadowska K., *Prawo pacjenta do informacji według przepisów polskiego prawa medycznego*, „*Studia Iuridica Toruniensia*” 2011, t. IX.
- Boratyńska M., *Autonomia pacjenta a granice upoważnienia osoby bliskiej i zaufanej*, „*Prawo i Medycyna*” 2014, nr 1.
- Boratyńska M., Konieczniak P., *Standardy wykonywania zawodu lekarza* [w:] *System Prawa Medycznego. Tom II. Część 1. Regulacja prawna czynności medycznych*, red. M. Boratyńska, P. Konieczniak, Warszawa 2019.
- Boratyńska M., *Obowiązek czy dobrowolność wyjawienia tajemnicy lekarskiej*, „*Białostockie Studia Prawnicze*” 2020, nr 2.
- Boratyńska M., *Wolny wybór. Gwarancje i granice prawa pacjenta do samodecydowania*, Warszawa 2012.
- Bosek L., *art. 3* [w:] *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, red. L. Bosek, Warszawa 2020.
- Bosek L., *Zagadnienia ogólne praw pacjenta* [w:] *System Prawa Medycznego. Tom 1. Instytucje Prawa Medycznego*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2018.
- Burdzik M., Nowak A., Chowaniec C., *Tajemnica lekarska w świetle nowelizacji kodeksu postępowania karnego z 10.06.2016 r.*, „*Państwo i Prawo*” 2019, nr 9.
- Caban Ł., *art. 31* [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, red. M. Kopeć, Warszawa 2016.
- Chmielowiec B., Puścion M., Adamski J., Goworski A., *Znajomość praw pacjenta wśród przedstawicieli zawodów medycznych*, „*Journal of Modern Science*” 2025, nr 1.
- Drapalska-Grochowicz M., *O tym, jak ustawodawca ujmuje bliskie relacje w polskim prawie medycznym*, „*Przegląd Prawa Medycznego*” 2020, nr 3.
- Dudzińska A., *Wymagana informacja udzielana pacjentowi*, „*Państwo i Prawo*” 2008, nr 8.

- Dukiet-Nagórska T., *Autonomia pacjenta a polskie prawo karne*, Warszawa 2008.
- Glen P., *Prawo do informowania* [w:] *Ochrona danych medycznych i osobowych pacjentów*, red. M. Jendra, Warszawa 2017.
- Góralczyk K., *Prawo innych osób do informacji o stanie zdrowia oraz decydowania o badaniu pacjenta w ustawodawstwie polskim* [w:] *Prawa pacjenta*, red. U. Drozdowska, A. Wnukiewicz-Kozłowska, Warszawa 2016.
- Haberko J., *Pojęcie osoby bliskiej w prawie cywilnym*, „Przegląd Sądowy” 2011, nr 3.
- Haberko J., *Prawnomedyczne relacje rodzice-dziecko-pacjent* [w:] *Dziecko – rodzice – państwo w kontekście świadczeń zdrowotnych, edukacyjnych i przemocy domowej*, red. M. Łączkowska-Porawska, Warszawa 2020.
- Haberko J., *Udzielanie informacji o stanie zdrowia dziecka a poszanowanie prawa do samostanowienia i prywatności małoletniego pacjenta*, „Białostockie Studia Prawnicze” 2020, nr 2.
- ILGA Europe, *2025 Rainbow Map*, <https://rainbowmap.ilga-europe.org>.
- Informacja dla rodzin i osób bliskich Pacjentów leczonych w oddziałach COVID-19*, <https://www.szpital.sosnowiec.pl/18945-2>.
- Jabłońska M., *Tajemnica medyczna a prawo osoby bliskiej pacjenta do informacji medycznej – przyczynek do dyskusji*, „Białostockie Studia Prawnicze” 2020, nr 2.
- Janiszewska B., *art. 9 [w:] Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, red. L. Bosek, Warszawa 2020.
- Janiszewska B., *Obowiązki informacyjne lekarza* [w:] *System Prawa Medycznego. Tom 1. Instytucje Prawa Medycznego*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2018.
- Janiszewska B., *Ochrona poufności pacjenta z perspektywy prawa cywilnego*, „Białostockie Studia Prawnicze” 2020, nr 2.
- Karkowska D., *art. 3 [w:] Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, red. D. Karkowska, Warszawa 2021.
- Karkowska D., Kmiecik B., *art. 9 [w:] Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, red. D. Karkowska, Warszawa 2021.
- Karniej P., Pietrzykowski Ł., Dissen A., Juarez-Vela R., Kulińska J., Czapla M., *Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Clinical Competence of Medical Professionals in Poland*, „Sexuality Research and Social Policy” 2025, [doi: <https://doi.org/10.1007/s13178-025-01081-z>].

- Kowalska A., *Zadośćuczynienie za naruszenie praw pacjenta*, „Studia Prawnoustrojowe” 2020, t. 48.
- Kubiak R., *Karnoprawna ochrona danych medycznych*, „Białostockie Studia Prawnicze” 2020, nr 2.
- Malczewska M., *art. 31 [w:] Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, red. E. Zielińska, Warszawa 2022.
- Mazurczak A., *Dyskryminacja ze względu na orientację seksualną w obszarze opieki zdrowotnej w badaniach Rzecznika Praw Obywatelskich [w:] Raport z seminarium Zjawisko dyskryminacji pacjentów LGBT*, red. M. Rodzinka, Warszawa 2014.
- Ministerstwo Zdrowia uznaje pary jedнопłciowe, <https://kph.org.pl/ministerstwo-zdrowia-uznaje-pary-jedнопłciowe/>.
- Mizielińska J., Abramowicz M., Stasińska A., *Rodziny z wyboru w Polsce. Życie rodzinne osób nieheteronormatywnych*, Warszawa 2014.
- Morawski L., *Zasady wykładni prawa*, Toruń 2006.
- Mulak A., *Spółeczność LGBTQIA w Polsce. Raport z badań*, Warszawa 2015.
- Pańczyk F., *Strefy wolne od ideologii LGBT a konstytucyjne prawa i wolności jednostki [w:] Konstytucyjne wolności i prawa człowieka*, red. A. Fortuna, Warszawa 2021.
- Pańczyk F., *Transkrypcja zagranicznego aktu małżeństwa osób tej samej płci [w:] Prawo administracyjne w obliczu przemian cywilizacyjnych*, red. A. Jakubowski, J. Piecha, Warszawa 2024.
- Pawliczak J., *Zarejestrowany związek partnerski a małżeństwo*, Warszawa 2014.
- Pawłowski L., *Osoba bliska w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych a obowiązki lekarza – aspekty prawne (część 2)*, „Forum Medycyny Rodzinnej” 2014, nr 4.
- Petzel J., *Rachunek zdań [w:] Logika dla prawników*, red. S. Lewandowski, Warszawa 2022.
- Poniat R., Skowrońska M., *Dyskryminacja i odmienne/gorsze traktowanie osób LGBT+ [w:] Sytuacja społeczna osób LGBTQIA w Polsce. Raport za lata 2019-2020*, red. M. Winiewski, M. Świder, Warszawa 2021.
- Prawa osób LGBT w Polsce – orzecznictwo*, red. P. Knut, Warszawa 2015.
- Promowanie włączającej i kompetentnej opieki zdrowotnej dla osób LGBTI*, red. H. Pa-jackowski, Warszawa 2020.

- Równe traktowanie pacjentów – osoby nieheteroseksualne w opiece zdrowotnej*, raport z serii Zasada równego traktowania. Prawo i praktyka nr 14, Biuletyn Rzecznika Praw Obywatelskich nr 7/2014, Warszawa 2014.
- Safjan M., *Prawo i medycyna. Ochrona praw jednostki a dylematy współczesnej medycyny*, Warszawa 1998.
- Świdarska M., *Tajemnica medyczna za życia i po śmierci pacjenta oraz pozycja prawna osób bliskich przy jej ujawnianiu* [w:] *Prawo rodzinne*, red. D. Wetoszka, Warszawa 2022.
- Świdarska M., *Zadośćuczynienie z tytułu naruszenia dóbr osobistych w związku z ujawnieniem tajemnicy medycznej*, „Białostockie Studia Prawnicze” 2020, nr 2.
- Tymiński R., *Informacja lekarska w praktyce*, Kraków 2012.
- Vachev V., *art. 16 [w:] Kodeks Etyki Lekarskiej. Komentarz*, red. O. Nawrot, Warszawa 2021.
- Wąsik M., *Związki osób tej samej płci. Konsekwencje braku regulacji w prawie polskim*, Warszawa 2024.
- Wierchoń Z., *Wykonuje zawód lekarz, lekarz dentysta. Komentarz do ustawy. Kodeks Etyki Lekarskiej*, Brzeźnia Łąka 2017.
- Więckiewicz K., Godzisz P., *Health* [w:] *LGBTI rights in Poland*, red. P. Godzisz, P. Knut, Warszawa 2018.
- Wojewoda M., *Małżeństwa jednoosobowe i związki partnerskie w polskim rejestrze stanu cywilnego?*, „Studia Prawno-Ekonomiczne” 2017, t. CIII.
- Woloszyn-Cichocka A., *Ochrona praw pacjenta. Studium publicznoprawne*, Lublin 2017.
- Zdrowie LGBT. Przewodnik dla kadry medycznej*, red. R. Kowalczyk, M. Rodzinka, M. Krzystanek, Warszawa 2016.
- Zieliński G., Graczyk M., Łabuś-Centek M., Leśniak W.K., Dzierżanowski T., *Wybrane problemy prawne osób nieheteronormatywnych (LGBT+) w opiece paliatywnej*, „Medycyna Paliatywna” 2021, nr 3.

Orzecznictwo

- Uchwała Sądu Najwyższego z 20.11.2009 r., sygn. III CZP 99/09, LEX nr 530773.
- Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 28.11.2012 r., sygn. III CZP 65/12, LEX nr 1230043.

Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 25.02.2016 r., sygn. I KZP 20/15, LEX nr 1984687.

Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 02.03.2010 r., *Kozák v. Polska*, skarga nr 13102/02, HUDOC.

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 23.02.2007 r., sygn. I ACa 590/06, LEX nr 259105.

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 26.06.2014 r., sygn. I ACa 40/14, LEX nr 1496122.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 06.12.2007 r., sygn. IV CKS 301/07, LEX nr 361309.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 21.03.2013 r., sygn. III KK 268/12, LEX nr 1311768.

Wyrok Sądu Okręgowego w Poznaniu z 19.04.2011 r., sygn. II Ca 284/11, nie-publ.

Summary

Access to information about the health status of a patient in the same-sex relationship

The right to access information concerning one's health status constitutes one of the fundamental rights of the patient, serving as an expression of respect for their dignity and autonomy in making decisions regarding medical treatment. Concurrently, access to such information is of considerable significance to individuals closely connected to the patient. In situations where the patient remains conscious and possesses full capacity, they may freely authorize designated individuals to obtain medical information on their behalf. Complications arise, however, when the patient is unconscious or otherwise incapable of comprehending the nature and significance of the information. In such circumstances, statutory provisions entitle a "person closely related to the patient" to access the

patient's health information. In practice, this term is frequently subject to misinterpretation, which may result in the unjustified refusal to disclose information to a same-sex partner of the patient. This article undertakes a legal analysis of the applicable regulations governing access to medical information in the context of patient incapacity. Particular attention is devoted to the interpretative scope of the term "person closely related to the patient" with the aim of demonstrating that the gender composition of the relationship bears no legal relevance to the right of access. The text further offers a critical evaluation of the deficiencies inherent in the current legal framework and proposes *de lege ferenda* recommendations.

Key words: access information about a health status, patients' rights, person closely related to the patient, LGBT+ patients